

Programa de Vacunas para los Niños (VFC)

Formulario para determinar la elegibilidad del paciente Sector Privado

Favor de escribir a máquina o en letra de molde		Fecha:
Nombre del niño(a)		
Apellido		Nombre de pila
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ mes día año		
Padre/tutor, guardián		
Apellido		Nombre de pila:
Nombre del proveedor de servicios médicos:		

El niño(a) nombrado arriba califica para recibir las vacunas por el programa VFC porque su padre/tutor declara que:

Escoja sólo uno de los siguientes. (Nota: Si el niño(a) califica en más de una categoría, marque sólo la primera.)

- 1. Es elegible para el Programa de Salud de Niños y Jóvenes para Prevención de Incapacidades (CHDP) o Medi-Cal; o**
- 2. No tiene seguro de salud particular; o**
- 3. Es indio norteamericano o nativo de Alaska.**

El niño nombrado arriba no califica para vacunas del programa VFC. (Este incluye los niños que tengan seguro de salud ya sea que pague las vacunas o no, y suscriptores al "Healthy Families Program.")

Notas

- 1. Este formulario documenta el estado de elegibilidad del niño(a) nombrado arriba quien fue vacunado con vacuna(s) comprada por de programa VFC.
- 2. Se puede usar este mismo formulario para todas las visitas del niño en el futuro, siempre que no cambie el estado de elegibilidad.
- 3. El proveedor de servicios médicos debe guardar este formulario para el niño elegible para VFC por no menos de 3 años y tenerlo disponible para funcionarios del gobierno estatal o federal si se lo piden. Si se usa este formulario para vacunas del programa VFC en el futuro, el período de 3 años empieza en la fecha de la última vacuna dada del programa VFC. (Para los niños no elegibles para el programa VFC, la retención del formulario es opcional.)
- 4. Este formulario puede ser llenado por el padre o tutor del niño (o por el paciente mismo si tiene 18 años o más o es menor independiente).
- 5. **No es necesario verificar las respuestas.**